NOTIZIE SULL' ESITO DEFINITIVO

DEL CASO GRAVISSIMO E COMPLICATO

DI EMPIEMA SINISTRO

FELICEMENTE TRATTATO COLLA TORACENTESI

NELLA CLINICA MEDICA DI PAVIA NEL MESE DI MAGGIO 1868

DEL PROFESSORE

FRANCESCO ORSI

Nella seconda colonna della pag. 35 del num. 5, 30 gennajo 1869, di questo giornale, è stampato quanto segue, e che noi scrivevamo in data dell' 8 novembre 1868. « Il ragazzo sarà probabilmente accolto in clinica coll' apertura « del nuovo anno scolastico. Comunque sia, mi farò un dovere di tenere informati i lettori della *Gazzetta* dell' esito « definitivo di questo interessantissimo nostro malato. » Ora sembrandoci giunto omai il tempo di sdebitarci di tale promessa, ci sentiamo oltremodo lieti nel poter dare ai cortesi lettori della *Gazzetta* una buona notizia. — Per chi, memore della soverchia (tuttochè necessaria) lunghezza della storia morbosa, da noi già narrata, non amasse forse occuparsene ancora d'avvantaggio, basterà che prenda cognizione dalla formale assicurazione nostra — *che da tre mesi il ragazzo L. T. trovasi completamente guarito.* Verso i colleghi poi che desiderassero conoscere meno laconiche informazioni sul caso clinico sopraccennato, noi non ci mostreremo indiscreti, facen-

doci cioè ad esporre loro tutti i più minuti particolari morbosi, che si sono avverati negli ultimi nove mesi, che precedettero la completa guarigione del fanciullo. — Ma dei fenomeni morbosi che il fanciullo ha presentato dal 30 ottobre 1868, (epoca da cui data la fine della relativa pubblicazione da noi già fatta), al 3 luglio 1869, (epoca dell'avveratosi totale suo risanamento), noi ci limiteremo a darne un succinto, benchè non insufficiente ragguaglio.

Il piccolo infermo dal 30 ottobre al 1.° di novembre 1868, non ha presentato cosa rimarchevolissima; nel 2, 3 e 4 dello stesso mese manifestò mal' essere, disappetenza, lingua biancastra, vomito e febbre remittente, con sudori copiosi. Dalla canula d'argento, che si era mantenuta nella fistola, rimasta alle praticate toracentesi, non escivano che poche goccie di sierosità torbida. Pur levando la cannula non si vidde sgorgare (il 10 novembre) neppure una goccia di materia; ed il medico curante (l' amico nostro, dottor Giuseppe Cattaneo) s'accorge di un fenomeno morboso inaspettato, che il giorno 11 novembre, siamo invitati ad osservare. — Sulla regione sternale superiore del piccolo infermo, (e precisamente al terzo sinistro del punto corrispondente all' inserzione del manubrio col corpo dello sterno), si vede una macchia circolare, della larghezza di un pezzo da due franchi, di tinta rosso-vinosa, appena nel centro di due millimetri rilevata sul piano circostante; macchia che era sede di un oscuro indolenzimento spontaneo, ma che mostravasi più dolente alla pressione, colla quale distinguèvasi al centro la fluttuazione e si veniva indotti a sospettare che ivi fosse raccolto del pus e che v'attraversasse lo spessore dello sterno. Imperocchè premendo colla punta dell'indice nel mezzo della macchia, si riesciva ad infossarla ad una profondità superiore ai cinque millimetri. E siccome avevamo notato come il punto centrale della macchia si rilevava di soli due millimetri dal piano sternale, così si poteva calcolare a tre millimetri almeno l' altezza cui si approfondava il dito, nello spessore dello sterno. Aggiungasi che col pigiamento dell' apice del dito facevasi scomparire ogni rilevatezza cutanea dalla macchia, nè appariva verun rilievo nei punti limitrofi alla stessa; e si troverà allora giustificato il concepito sospetto che ivi la marcia comunicasse colla cavità toracica, in cui veniva probabilmente

cacciata dal dito esploratore. Colla punta della lancetta si punse la parte centrale della macchia, e dalla praticata ferita sgorgarono 40 grammi circa di pus bianco, denso, d'odore nauseabondo e di reazione alcalina. Penetrando collo specillo nella apertura fatta, vi si percorreva per una direzione obbliqua trasversale da destra a sinistra, e per la profondità di 7 centimetri. La tenta però non ci faceva percepire lo scroscio in veruno punto dell' esplorato canale. Non per questo però noi dubitavamo meno dell'avvenuta perforazione dell' osso, il cui foro carioso poteva essere rivestito da vegetazioni carnee. — Coricando bocone il fanciullo o facendogli fare forzate espirazioni si vedeva a sgocciolare pus, di cui neppure una stilla esciva, (dopo la prima evacuazione) tenendo l'infermo supino e coll'ordinaria respirazione.

Il ragazzo non ha sofferto dall'operazione; non tossiva prima nè dopo la operazione medesima, ed esaminato attentamente al petto non ci rivelava sensibilissime modificazioni nei fenomeni statici, descritti già da noi al 30 ottobre 1868 (1).

Se non che prima di praticare l'oncotomia udivasi un respiro leggermente soffiante nella regione sottoclavicolare interna sinistra, ove apparvero fugaci e limitati scrosci umidi dopo l'oncotomia.

Il 12 novembre durava l' inappetenza e la lingua sporca; cessava però il vomito e fu lieve la febbre per quanto continuassero i sudori e lo scolo copioso di pus dalla nuova fistola toracica.

Il 14. — Apiressia completa. — Appetito. Abbondante copia di marcia dalla fistola sternale. — Discreto lo stato della nutrizione generale.

Dal 15 al 21 novembre il ragazzo offrì più o meno lo stato in che si trovava il 14.

Il 22 novembre (1868) il fanciullo è nuovamente accolto nella clinica medica, e consegnato ad un allievo del sesto anno, il sig. Rini, di cui la rara modestia rende più cari ed apprezzati ed il penetrante ingegno e la fiorita coltura letteraria.

Informato brevemente l'uditorio di quanto occorse nel piccolo infermo dal 30 luglio al 22 novembre 1868, e di quanto mostrava al presente, qualificammo il caso clinico per *empiema*

(1) Vedi il n. 5 della *Gazzetta*, 30 gennaio 1869.

sinistro operato due volte di toracentesi. E riferendoci quindi a tutti i ragionamenti da noi fatti il giorno 16 maggio 1868, allorchè nello stabilire la diagnosi clinica, cercavamo la patogenesi dell'*empiema*, abbiamo principalmente afferrato una delle opinioni da noi allora emesse; cioè quella, secondo la quale il piotorace sinistro fosse seguìto a pleurite traumatica, favorita dall' abito scrofoloso del fanciullo, in cui il trauma poteva aver anche cagionato una periostite costale, contemporanea o successiva alla pleurite. E facemmo rimarcare che la fistola sternale, sopravvenuta all'apertura dell'ascesso toracico, apparso sui primi del novembre (1868), deponeva tardivamente in favore di quell'opinione, da noi espressa, sei mesi innanzi. Imperocchè noi riguardavamo l'ascesso e la fistola sternale quale esito probabile dell' infiltrazione marciosa formatasi forse tra la lamina parietale della pleura sinistra e la superficie interna della estremità anteriore della seconda costa, affetta da periostite, da cui più tardi fu invaso anche lo sterno. La sede della fistola sternale, al terzo sinistro della parte alta dello sterno medesimo, la speciale direzione che lo specillo teneva, approfondandosi attraverso lo spessore dello sterno nella cavità del petto, più verso il cavo pleurico sinistro, che non verso il mediastino anteriore, non ci facevano inclinare a riguardare l'ascesso e la fistola sternale in rapporto con un processo di suppurazione delle ghiandole linfatiche bronchiali. Possibilità morbosa codesta ultima da noi pur contemplata, ma esclusa la mattina del 16 maggio 1868.

Circa il pronostico manifestammo la speranza di una guarigione definitiva, benchè tardiva del piccolo infermo.

Rispetto alla cura, ci proponemmo di far somministrare al fanciullo una buona dieta, e di sottoporlo all'uso interno dell'olio di fegato di merluzzo, alternato dalla presa del siroppo di Dupasquier e dell'acqua di Sales. E circa le due fistole (la costale sinistra e la sternale) stabilimmo che si medicassero giornalmente entrambe, due volte almeno; avvisando di mantenere diuturnamente la prima e favorire piuttosto la chiusura della seconda. E ciò nella speranza che il pus che si formava rigogliosamente (20 a 30 grammi al giorno), nella parte superiore mediana, anteriore sinistra, venisse più tardo a comunicare liberamente col cavo pleurico corrispondente ed a fluire con minor pericolo del paziente, per la via della fistola costale

sinistra. In ambedue le fistole si doveva mantenere un tubetto a drenaggio, ed all'uopo anche una canula d'argento. Si dovevano pulire i canali fistolosi, praticandovi a quando a quando anche injezioni detersive o d'acqua semplice o con allungata soluzione di acido tannico (1 per 200). Ed ogni volta che si avesse a medicare la fistola sternale, si dovesse far sì che il fanciullo per otto a dieci minuti si tenesse boconi, sorreggendosi sui gomiti ed i ginocchi, e facendo atti di espirazioni forzate, innanzi di levargli la precedente fasciatura. È inutile il dire che questa cautela aveva lo scopo di favorire colla posizione prona lo scolo della marcia.

Pel momento si credette opportuno di mantenere una piccola canula metallica nella fistola costale, perchè l' avvicinamento della sesta e settima costa tendeva ad obbliterarne la apertura esterna, e introdurre nella fistola sternale, un piccolo tubetto a drenaggio, che penetrava per soli quattro centimetri. Intanto facevamo costruire una canula d'argento anche per la fistola sternale, che più tardi applicata non venne assolutamente tollerata dal paziente.

Dal 22 novembre al 12 dicembre le cose procedevano in modo tranquillante. Il fanciullo mangiava con appetito; dormiva dolcemente durante tutta la notte; non tossiva; non era affannato; il pus fluiva liberamente dalla fistola sternale, biancastro, denso e nella quantità di 20 a 30 grammi al giorno; e poche goccie di materia sieroso-purulenta escivano pure dalla fistola costale. Solo si aveva un po' di aumento di temperatura nelle ore vespertine (+ 38 5. C.°) e facili i sudori al capo ed al collo. Ma il 12 dicembre il ragazzo non mostra la gajezza dei giorni passati, ha tosse, la lingua sporca, poco appetito, sete e febbre a + 39 C.°. Dalla fistola sternale esce poca marcia; è vivamente dolente alla pressione, il perimetro di detta piaga e la porzione cartilaginea della seconda, terza e quarta costa sinistra; al livello della quarta costa rilevasi che il cuore è spostato verso destra, trovandosi che il limite destro del suo diametro trasversale varca di tre millimetri il bordo destro dello sterno. A destra si ha respirazione aspra, massimamente in corrispondenza della regione sotto-clavicolare, ed a sinistra sulla regione omologa odesi il respiro soffiante, e posteriormente mascherato da rantoli sonori e bollosi sparsi. — Si sospende l'uso dell' olio di fegato; si prescrive

della limonata con bicarbonato di soda, e qualche doserella di solfato di chinino da amministrarsi nella remissione febbrile.

Dal 12 al 15 dicembre durarono quasi immutati gli stessi fenomeni, i quali non potendo per noi trovar miglior spiegazione che nell' accumulo del pus, impedito forse da qualche vegetazione carnosa di sgorgare liberamente dalla sacca marciosa, da noi supposta tra il costato e la lamina parietale della parte alta anteriore della pleura sinistra, ci adoperiamo a rimediare al supposto impedimento. — Con uno specillo di gutta-percha eseguiamo alcune manovre, intese a rompere l'esuberanti vegetazioni carnee, che sospettavamo venissero a diminuire ed a rendere tortuoso il canale fistoloso. — Teniamo per circa mezz' ora prono il fanciullo, sorretto sui propri gomiti e ginocchi, e l'eccitiamo a tossire ed a fare forzate e ripetute espirazioni. Coll'impiego di tali mezzi e colle metodiche pressioni fatte nei d'intorni della fistola riesciamo a dar esito ad un mezzo bicchiere circa di pus.

Il 17 dicembre il ragazzo era apiretico, di buon' umore, e con appetito. Il cuore toccava appena il bordo sternale destro; al respiro soffiante della regione sottoclavicolare sinistra si era sostituito un respiro appena aspro, ed all'aspro del lato destro una respirazione morbida: rimanevano ancora rari rantoli bollosi a sinistra. — Si riprese bentosto la cura di prima.

Fenomeni consimili agli ora descritti, prodotti dalla stessa causa e seguiti da esito eguale, ottenuto dall' uso di identici mezzi curativi si ebbero e nel gennajo 1869 e nel successivo febbrajo. Verso la metà del gennajo vedendo pullulare fungosamente le escrescenze carnose della apertura esterna della fistola sternale, dovemmo usare fin che fu tollerata (per tre giorni non interi) la canula d' argento — e successivamente di una pomata narcotico-astringente e per coartare i vasi della neo-produzione e per sedare l'estrema iperestesia di tale regione (acido tannico, 1 grammo; oppio, 30 centigrammi; sugna, 12 grammi).

Eravamo giunti al 2 marzo, e dalla fistola sternale andava bensì scemando la quantità della marcia, di cui pur s' era modificata la qualità, dacchè s' era fatta un po' più tenace e talora anche sanguinolenta, ma la sperata comunicazione tra il seno fistoloso sternale e l'ascellare sinistro non si era pur anco avverato. Ed a noi arrideva sempre la speranza che ciò

si effettuasse col tempo o nell' uno o nell' altro dei due modi seguenti. Noi ragionavamo così; o la sacca marciosa è situata veramente come più sopra abbiamo detto (cioè tra la parte anteriore superiore interna della pleura sinistra e la corrispondente parete toracica), e a lungo andare la marcia potrebbe ben filtrarsi in basso tra le maglie del tessuto cellulare sotto-pleurico e riescire alla fistola ascellare. Oppure la pleura costale corrispondente al focolajo marcioso, imbibita dal pus, infiammata, rammollita finirebbe col perforarsi (fors' anche insieme ai possibili sepimenti membranacei morbosi, ivi formatisi a mo' di pareti saccate isolatrici dell' ascesso) e allora il pus versandosi nel cavo pleurico dovrebbe prendere la via d' uscita più declive — cioè quella della fistola costale. Fissi in tale idea, injettammo un po' bruscamente una certa copia di acqua attraverso la fistola ascellare; indi con una piccola tenta elastica penetrammo nel suo canale, tenendo possibilmente una direzione obbliqua dall' esterno all' interno, dal basso in alto. E così riescimmo ad introdurre lo specillo per più di sette centimetri, senza gravi molestie da parte del fanciullo, e verun risultato apparente da parte nostra. Ascoltiamo intorno e sulla stessa fistola ascellare ed udiamo il mormore vescicolare, bisbiglioso sì, ma pur lo percepimmo.

Il 9 marzo ripetiamo nella fistola costale le manovre fattevi il 2 dello stesso mese ed allora, allo scopo di poter anche riescire ad introdurre nella cavità pleurica un piccolo tubo a drenaggio per un tratto il più possibilmente lungo. E quando il tubo fu penetrato per la lunghezza di quasi undici centimetri, vedemmo sgorgare impetuosamente dalla sua estremità libera, pus verdastro, che raccolto lo si potè valutare d' una quantità superiore ai 50 grammi. D' allora a tutto il giugno è sempre sgorgato da questa fistola costale una variabile quantità di materia liquida, risultante dapprima di vero pus, indi di sierosità purulenta. Mentre dal 10 marzo andò gradatamente scemando la escita della marcia dalla fistola sternale, che si chiuse definitivamente nella seconda metà dell' aprile, lasciando una cicatrice depressa ed aderente.

Per quanto nel luglio il ragazzo si trovasse ottimamente, e poche stille di torbida sierosità scolassero dalla fistola costo-ascellare, e nessun dolore sul costato ci facesse sospettare di periostite ancora in atto; pur noi temevamo che se ne avve-

rasse la chiusura. Ci stava presente il pericolo già corso dal piccolo paziente nell' agosto 1868, allorquando essendosi negligentata la medicazione della piaga fistolosa, se ne chiuse l' apertura esterna ed ebbe luogo una nuova raccolta di pus nel cavo pleurico, che richiese una seconda toracentesi.

Egli è vero che trovandoci nel luglio 1869, erano omai decorsi quindici mesi dall' epoca in cui si erano svolti, nel ragazzo, i primi sintomi del male (il 9 od il 10 aprile 1868); e s' era quasi compiuto un anno dall' epoca, in cui avvenne il grave inconveniente accennato (agosto 1868).

Se però in vista di codesto lungo periodo di tempo trascorso potevamo supporre, e per la mancanza di segni positivi, ammettere l' estinzione nel ragazzo di un' affezione ossea traumatico-scrofolosa al costato, ci pareva prudente temporeggiare nel far chiudere la fistola costale per altro ragionevole motivo. Noi bramavamo assicurarci che tra i visceri del petto, e la cassa toracica in generale, ed in speciale, che tra il polmone ed il costato sinistro venisse compiuto un completo assetto, la di cui determinazione era indispensabile per i mutamenti di struttura, di forma e di volume e d' ampiezza avvenuti tra il continente ed il contenuto, tra cui doveva stabilirsi un adattamento relativo ai loro mutati rapporti.

Noi già nell' ultimissima parte della prima nostra pubblicazione, risguardante questo caso clinico, avevamo fatto notare come il ragazzo al 30 ottobre 1868, offrisse sensibile deformità toracica, per la quale sembrava che il petto avesse subìta una rotazione da sinistra a destra, tanto che il capezzolo della mammella destra appariva sulla linea ascellare anteriore corrispondente. Notavamo altresì come la parte posteriore inferiore e laterale del costato sinistro, fosse spiccatamente depressa; che il capezzolo della mammella sinistra era di un centimetro più sotto del livello, cui ergevasi il destro; che la colonna vertebrale dorsale manifestava una rilevante curva verso sinistra e che la spalla destra era di due centimetri più alta della opposta. Ora tutti questi segni si avevano ed anche più pronunziati nel luglio 1869. Con tutto questo noi temevamo ancora della chiusura della fistola costale, perchè il tubo a drenaggio penetrava troppo liberamente in cavità, per il tratto di otto centimetri. E questo fatto ci lasciava il dubbio che il costato nel punto corrispondente alla fistola, non avesse

proprio raggiunto il massimo di depressione richiesto dal caso. Egli è vero che non in tutti i casi di diuturne raccolte liquide del cavo pleurico, che vanno a guarigione, si avvera un proporzionato appianamento toracico. E ciò dicasi specialmente per gli adulti, in cui la poca elasticità del costato e l'ossificazione precoce o fisiologica delle cartilagini costali, sono impedimenti a sensibili deformazioni toraciche nell' indicate morbose contingenze. Ma se alle copiose, durature e risanate raccolte liquide del cavo pleurico, può anche non conseguitare (massime nell' età adulta) una spiccata depressione toracica, non vuol dire che nei visceri contenutivi non abbiano a prodursi tali cangiamenti di volume che non vengano a compensare la perduta espansibilità e la primordiale tessitura del polmone incirosito. In questi casi o la pleura s' inspessisce oltremodo, facendosi anche lardacea, od i bronchi diramantesi pur entro il polmone, (ridotto in parte qual massa stipata fibrosa) si rendono ectatici: e così o la pleura inspessita, od i bronchi dilatati vengono ad occupare lo spazio innanzi occupato dal liquido morboso riassorbito od evacuato; spazio che non potrebbe essere invaso dall' impedita espansione del polmone indurito. In altre parole, in simili casi accade, che i mutamenti morbosi del contenuto della cassa toracica compensino quelli che poteva subire in loro vece il continente.

Casi di simil genere m' occorse di vederne parecchi e al letto del malato e sulla tavola anatomica. In due casi osservati e diagnosticati al letto in vita ed esaminati coll' autopsia, potemmo giudicare e riscontrare riunite le due alterazioni viscerali suaccennate (l' inspessimento lardaceo della pleura e la bronchiectasia) in compenso della quasi insensibile deformità toracica. In un signore sui 50 anni, affetto da pleurite con versamento linfatico-plastico, della data di 47 giorni, affezione complicata ad ateromasia diffusa delle arterie e delle valvole aortiche, e nel quale facemmo praticare due volte la toracentesi con un piccolo trequarti, in seguito a cui potè il signore abbandonare il letto e escire di casa, come tuttora esce, colle apparenze di un soggetto perfettamente ristabilito in salute, — noi trovavamo, dopo due mesi dalla seconda toracentesi, il lato affetto (il destro) per nulla alterato nè in più nè in meno del suo volume fisiologico. In detto signore saranno probabilmente accadute l' ectasia bronchiale e l' inspessimento pleurico.

Nel nostro piccolo infermo invece e per l' età e pel visibile abbassamento del costato sinistro, e per la mancanza (nel luglio) di fenomeni bronchiali e di broncorrea, del soffio bronchiale, e dell' assoluta ottusità ed anelasticità del costato, e per la presenza del mormore vescicolare, per quanto debole, pur nei dintorni della fistola, non eravamo indotti a supporre ectasia bronchiale in corso di formazione, nè esuberante vegetazione del tessuto elastico connettivo della pleura sinistra. Per questo desideravamo trascorresse maggior lasso di tempo perchè fosse raggiunto il massimo grado di depressione del costato sinistro.

In onta però alle nostre paure, il 24 luglio, cessato il servizio clinico, il ragazzo venne trasportato nell' ospitale; quivi rimase pochi giorni, a capo dei quali se n' andò a casa, ove tra breve si chiuse la fistola. Avvertiti di ciò procurammo di vedere verso l' 8 d'agosto il fanciullo, che trovavasi benissimo. Successivamente lo osservammo cinque a sei volte ad intervalli variabili, ma non abbiamo constatato mai la benchè minima alterazione nella sua salute. Ed oggi 30 ottobre 1869, troviamo che il ragazzo è sensibilmente cresciuto in altezza, senza che la contorsione della persona si sia fatta più appariscente di prima; egli è d' aspetto ilare, di bel colorito, discretamente ben nutrito, dorme tranquillamente di notte, mangia saporitamente, e cammina e corre e s' abbandona a tutti i trastulli infantili nella giornata; non tossisce, non prova neppure affanno mai. Il capo appare inclinato sulla spalla sinistra, che alla sua volta è più bassa della destra. Il petto mostrasi spiccatamente deforme, per una depressione al sinistro lato, e porta due cicatrici infossate ed aderenti, l' una al sesto spazio intercostale sinistro verso la linea ascellare posteriore (residuo delle praticate toracentesi); l' altra al terzo sinistro, nel punto corrispondente all' inserzione del manubrio col corpo dello sterno, che presenta (in quasi tutta la sua altezza, ma massime al luogo della cicatrice), come un piano leggermente inclinato da destra a sinistra. Il capezzolo della mammella destra giace sulla linea ascellare anteriore corrispondente, ed il sinistro, che è ad un livello più basso del destro, s' avvicina al bordo corrispondente dello sterno.

È più sensibile l' escursione toracica a destra che a sinistra ed a sinistra più in alto che in basso.

Al livello della settima costa il petto misura un diametro circolare di circa centimetri 53. 3 nell'atto inspirativo, centimetri 52. 3 nell'atto espirativo: il diametro semicircolare sinistro centimetri 24. 3 nell' atto inspirativo, centimetri 24 nell' atto espirativo: il diametro semicircolare destro centimetri 28. 5 nell' atto inspirativo, centimetri 27. 7 nell' atto espirativo.

A destra si ha risonanza chiara ed elasticità fisiologica; ottusità epatica pur normale, mormorio vescicolare esagerato.

A sinistra si ha risonanza timpanica alla regione sottoclavicolare; l'ottusità del cuore (che batte fortemente colla sua punta al quarto spazio all' interno del capezzolo) è alquanto accresciuta nel senso trasversale, misurando più di 6 centimetri. I punti corrispondenti alla cicatrice sternale danno mutezza e resistenza al dito percussore; avvi leggier grado d ottusità sulla regione sopra spinosa e nella metà superiore della regione scapolo-vertebrale; in tutto il resto dell'ámbito del costato sinistro vi ha mutezza e poca elasticità.

I toni cardiaci odonsi chiari e ritmici all' apice come alla base, ma più spiccato si percepisce il primo tono all' apica destro che sinistro; questo dato, congiunto all' area trasversale più estesa, ci assicura dell' ipertrofia del cuore destro.

Respiro soffiante alla regione sottoclavicolare; aspro sulle fossa spinosa e sulla metà superiore della regione scapolo-vertebrale; debole in tutto il resto del costato sinistro, ove non è abolito affatto il fremito pettorale.

Dopo tutto ciò che brevemente narrammo, noi possiamo affermare che l' esito definitivo del nostro caso di *empiema gravissimo e complicato, felicemente trattato nella nostra clinica colla toracentesi*, fu della *guarigione completa.*

Pavia, 30 ottobre 1869.

Tolto dalla Gazzetta Medica Italiana - Lombardia
Serie VI. - Tomo II. - Anno 1869.